

KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU

I. INFORMACJA ORGANIZATORA WYPOCZYNKU

1. Forma wypoczynku:

2. Adres placówki: **Zespół Placówek Oświatowych**
w Polczynie - Zdroju
ul. Grunwaldzka 33
78-320 Polczyn - Zdrój

3. Czas trwania od do

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis organizatora wypoczynku)

II. WNIOSEK RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O SKIEROWANIE DZIECKA NA WYPOCZYNEK

1. Imię i nazwisko dziecka

2. Data urodzenia Pesel.....

3. Adres zamieszkania
telefon

4. Nazwa i adres szkoły klasa

5. Nazwisko i imiona, adres rodziców (opiekunów) w czasie
pobytu dziecka w placówce wypoczynku :

.....
.....

.....
.....

nr telefonów do rodziców (opiekunów).....

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis ojca, matki lub opiekuna)

III. INFORMACJA RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O STANIE ZDROWIA DZIECKA

(np. na co dziecko jest uczulone, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stałe leki i w jakich dawkach, czy nosi aparat ortopedyczny lub okulary)

.....
.....
.....
.....

STWIERDZAM, ŻE PODAŁAM(EM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI DZIECKU W CZASIE TRWANIA WYPOCZYNKU.

.....
(data)

.....
(podpis matki, ojca lub opiekuna)

IV. INFORMACJA O SZCZEPIENIACH

lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień

Szczepienia ochronne (podać rok): tężec, błonnica,

dur, inne

.....
(data)

.....
(podpis pielęgniarki, lekarza lub opiekunów)

V. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA NA WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na

(forma i adres placówki wypoczynku)

od dnia do dniar.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis kierownika wypoczynku)

VI. INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU (dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu itp.)

.....
.....

Organizator informuje rodziców o leczeniu ambulatoryjnym lub hospitalizacji dziecka

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis lekarza lub pielęgniarki)

VII. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY - INSTRUKTORA O DZIECKU PODCZAS TRWANIA WYPOCZYNKU

.....
.....
.....
.....

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis wychowawcy-instruktora)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w części II, III, IV i VI karty kwalifikacyjnej w zakresie niezbędnym dla bezpieczeństwa i ochrony zdrowia dziecka.

.....
(data)

.....
(podpis rodzica lub opiekuna)

*Oświadczam, że w razie zagrożenia zdrowia i życia mojego dziecka, wyrażam zgodę na jego leczenie, podawanie leków przepisanych przez lekarza, zabiegi diagnostyczne, leczenie szpitalne, operacje. Wszystkie leki zalecone przez lekarza, które dziecko stale przyjmuje, przekazałem/am trenerowi wraz z opisem podawania. Upoważniam trenera
..... legitymującą/ ego się dowodem osobistym o serii i numerzedo ich podawania zgodnie z zaleceniami.*

Upoważniam w/w trenera do odbioru dokumentacji medycznej mojego dziecka, w przypadku leczenia i zabiegów wykonywanych podczas zgrupowania szkoleniowego zorganizowanego przez Uczniowski Klub Sportowy „Karlik”

.....
(data)

.....
(podpis rodzica lub opiekuna)